

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1900, à 1 heure.

PAR

F. ROUXEL

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES SYNOVIAUX EXTRA-POPLITÉS
DU GENOU

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { *KIRMISSON, agrégé.*
 { *DELBET et LEGUEU, agrégés.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1900, à 1 heure.

PAR

F. ROUXEL

ÉTUDE

SUR LES

KYSTES SYNOVIAUX EXTRA-POPLITÉS DU GENOU

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM.

KIRMISSON, agrégé.

DELBET et LEGUEU, agrégés.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TERRIER.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MES SŒURS

A MON BEAU-PÈRE

A TOUS MES PARENTS, MAÎTRES ET AMIS

*Nous remercions M. le professeur TILLAUX,
chirurgien des Hôpitaux, Membre de l'Académie de
Médecine, Commandeur de la Légion d'honneur, de
l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence
de cette thèse inaugurale.*

INTRODUCTION

Indépendamment des kystes poplités proprement dits, dont la pathogénie fut l'objet de si ardues discussions, et qui sont actuellement bien connus, on observe soit dans la région du genou elle-même, soit à la partie supérieure de la jambe, soit à la partie inférieure de la cuisse, des kystes qui semblent en tout comparables à ceux de la région poplitée, qui en partagent sans doute la pathogénie, ont la même structure, sont susceptibles d'offrir les mêmes connexions avec la synoviale du genou ou avec les séreuses tendineuses et qui ne se distinguent que par leur siège anormal, observé plus rarement que dans le creux poplité. Ce sont ces cas plus rares que nous nous proposons d'étudier, sous le nom de « Kystes synoviaux extra-poplités du genou », ce titre ne devant, dans notre pensée, que caractériser le siège anormal de ces tumeurs et les rapprocher, au point de vue pathogénique, des kystes du creux poplité.

Et cependant ce ne sont pas des faits nouveaux que nous apportons, mais simplement quelques observations nouvelles à ajouter à des cas bien connus, qu'il nous semble intéressant de grouper autour des kystes poplités.

Nous étudierons donc tous les kystes synoviaux, dont

le siège est extra-poplité et qui cependant doivent être rattachés par leurs connexions et leur pathogénie à l'articulation du genou, à l'articulation péronéo-tibiale supérieure, aux bourses tendineuses de la région du genou. On comprend ainsi que cette étude, malgré la diversité des cas observés, présente une certaine unité, et puisse cependant être distraite de la description actuellement classique des kystes poplités.

Comme pour la région poplitée, nous aurons à distinguer deux classes de kystes : ceux qui, analogues aux kystes médians ou folliculaires, se rattachent nettement à l'articulation du genou par un pédicule passant à travers la capsule articulaire et ceux qui, communiquant ou non avec la synoviale articulaire, se sont développés aux dépens des bourses séreuses voisines du genou. Nous laisserons de côté les Kystes de la bourse du biceps, trop habituellement étudiés avec ceux du creux poplité, bien que nous y soyons autorisé par Follin et Duplay qui s'expriment ainsi : « Le siège de ces kystes (Follin et Duplay -- *Traité élémentaire de pathologie externe*, 1888, tome VII, page 945) est limité à la bourse commune au jumeau et au demi-membraneux et à celle du poplité ; les auteurs classiques y ajoutent la bourse du biceps, mais celle-ci est située en dehors du creux poplité et ne saurait prêter à la confusion. »

A la cuisse, les kystes qui nous intéressent sont moins fréquents qu'à la jambe, ce qui peut s'expliquer par les difficultés d'une migration contrariée par la pesanteur ; il est naturel que cette migration se fasse plutôt vers la jambe, c'est-à-dire vers les régions déclives ; on peut

même s'étonner d'en rencontrer à la cuisse, et songer pour certains d'entre eux à la pathogénie néoplasique en faveur autrefois pour la plupart des kystes poplités. »

Nous aurons à étudier les kystes de la partie inférieure de la cuisse ; les prolongements de certaines hydarthroses ; les kystes des régions antéro-latérales du genou ; les kystes de la jambe en connexion par un pédicule, à une époque au moins de leur existence, avec la synoviale du genou, celle de l'articulation péronéo-tibiale supérieure ou avec les bourses séreuses voisines du genou ; enfin certains cas de kystes isolés et de pathogénie obscure dont nous avons recueilli quelques cas dans la littérature médicale. Parmi toutes ces variétés, les plus fréquentes sont dans la dépendance étroite des bourses poplitées, et l'on observe toutes les étapes de leur migration et de leur isolement définitif.

Mais avant de passer aux cas isolés sur lesquels nous voulons spécialement attirer l'attention, nous devons rappeler les idées actuellement en faveur sur les kystes synoviaux en général et l'histoire de cette question. Tel sera l'objet de notre premier chapitre.

Dans une seconde partie de notre travail, nous ferons l'étude anatomique et pathogénique des kystes aberrants du genou,

Dans un troisième chapitre, nous étudierons les signes cliniques, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces kystes.

Un recueil d'observations, dont la plupart ne sont pas inédites, mais n'ont pas été rassemblées encore, terminera cette thèse.

CHAPITRE I

KYSTES SYNOVIAUX EN GÉNÉRAL. — KYSTES POPLITÉS

Nous ne pouvons passer sous silence les caractères généraux des kystes synoviaux, et en particulier des kystes poplités, ni l'étude anatomique de la région du genou ; parcourir, en la résumant, l'histoire médicale des kystes poplités sera la meilleure introduction à l'étude de ceux que nous voulons spécialement décrire.

Nous prendrons le terme de kyste synovial dans son sens le plus étendu, car il ne semble pas qu'il y ait assez de clarté dans les définitions de ces kystes, dans les traités classiques. On ne devrait, à proprement parler, considérer comme kystes synoviaux, que les kystes formés aux dépens, soit des synoviales articulaires, soit des synoviales tendineuses. Or nous voyons qu'on range ordinairement dans les kystes synoviaux poplités, ces kystes formés par les bourses séreuses de la région, et qui sont en réalité des hygromas chroniques de ces séreuses. Comme le disent Forgue et Reclus (*Traité de thérapeutique chirurgicale* 1892, tome I, page 266) : « il ne s'agit point en l'espèce de synovites tendineuses, mais d'hygromas chroniques des bourses séreuses périarticulaires, bien que, par erreur, l'habitude classique les

rattache aux kystes ténosynoviaux ». Et à vrai dire, nous savons depuis les travaux de Poirier que « l'habitude classique », à sa raison d'être, à cause de la communication fréquente et pour ainsi dire de règle de ces bourses séreuses avec la synoviale articulaire. Mais il n'est pas plus logique d'en séparer les kystes de la patte d'oie, ni ceux de la bourse du biceps, ni ceux de la bourse sous-tricipitale, ni les kystes à pédicule allongé progressivement, et enfin rompu. Peut-être y aura-t-il lieu d'y rattacher également certains kystes intra-musculaires.

§ I. — Notions anatomiques

Nous ne nous proposons que de rappeler ici d'une façon succincte l'anatomie de la synoviale du genou et des séreuses de la région poplitée ; sa connaissance est indispensable pour comprendre les rapports des kystes dont nous donnons les observations et leur origine. Mais n'ayant aucune modification ou addition à faire à la description classique, nous la reproduirons brièvement, tout en signalant les points qui nous intéressent plus spécialement pour l'étude des kystes extra-poplités. Il est bien évident que nous ne pouvons entreprendre cette dernière sans connaître d'abord la région poplitée et la région antéro-latérale du genou, d'où ils tirent leur origine.

A. ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE LA RÉGION POPLITÉE. — Le creux poplité, situé à la partie inférieure et postérieure de la cuisse et à la partie postérieure et supérieure de la jambe, s'étend, en haut, à 9 ou 10 centimètres

de l'interligne articulaire du genou, en bas, à 3 ou 4 centimètres seulement.

Vue dans l'extension, c'est une région à peu près plane, un peu excavée chez les sujets maigres ou très musclés et présentant alors, en dedans, la saillie musculaire des tendons demi-membraneux et demi-tendineux, en dehors, celle du tendon du biceps. Vue dans la flexion, la région se creuse et l'on voit très nettement à la partie postéro-inférieure de la cuisse, les saillies tendineuses dont nous venons de parler. Un pli de flexion, analogue à celui du coude, s'observe à cette région, à peu près vers le milieu du creux poplité et par conséquent en arrière des condyles du fémur et non de l'interligne articulaire. C'est dans l'attitude de flexion que l'on recherchera par la palpation, les tumeurs du creux poplité, dont la peau et l'aponévrose sont ainsi relâchées et dépressibles.

Après avoir enlevé la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose, que perfore au niveau du pli poplité la veine saphène externe, située plus bas dans un dédoublement de cette aponévrose et sur la ligne médiane, on arrive sur le creux poplité proprement dit. Notons seulement que cette aponévrose se continue avec le fascia lata en haut, l'aponévrose de la jambe en bas et sur les côtés avec les aponévroses de la région antéro-latérale du genou. On remarque alors sa forme losangique, dont les côtés supérieurs sont constitués en dehors par le demi-tendineux et le demi-membraneux, les côtés inférieurs, plus courts, par les deux jumeaux, interne et externe, nés sur les condyles fémoraux, et qui se rapprochent si vite l'un de l'autre, que l'on a pu décrire à leur

niveau, non un angle inférieur de losange poplité, mais la base d'un triangle. Le fond du creux poplité est formé par l'extrémité inférieure du fémur au-dessous de la bifurcation de la ligne âpre, par l'épiphyse du tibia sur une hauteur d'environ 3 centimètres et par le ligament postérieur de l'articulation du genou.

Précisons les insertions musculaires de cette région et plaçons-y les bourses séreuses, en nous guidant sur la description de Poirier :

1^{re} *Le tendon du biceps* (Cruveilhier, Henle) après avoir recouvert le plantaire grêle et le jumeau externe, s'insère par sa portion principale à l'apophyse styloïde du péroné et à une surface osseuse en avant de cette apophyse, de telle sorte que cette insertion dans son ensemble représente un croissant qui entoure l'insertion du ligament latéral externe du genou ; il s'insère en outre à la tubérosité externe du tibia par ses faisceaux supérieurs qui englobent ce ligament et par un faisceau inférieur à l'aponévrose jambière.

2^o *Le demi-tendineux*, qui placé en arrière du demi-membraneux forme avec lui le bord supéro-interne du creux poplité, passe entre le tendon du demi-membraneux et l'origine du jumeau interne et s'élargit alors dans une expansion tendineuse qui se courbe parallèlement au-dessous du tendon du droit interne, contourne ainsi la tubérosité interne du tibia en formant avec le tendon précédent la couche profonde de la patte d'oie, et s'insère enfin à la face interne du tibia en dehors de la crête tibiale ; il recouvre par conséquent le ligament latéral interne du genou.

3° *Le demi-membraneux*, contigu au jumeau interne, se termine par un tendon à triple insertion, l'une (tendon direct) va s'insérer à la partie postérieure de la tubérosité interne du tibia; l'autre (tendon réfléchi) passe sous le ligament latéral interne de l'articulation du genou pour s'insérer à la face interne de la tubérosité interne; le troisième (tendon récurrent) remonte en haut, en arrière et en dedans à la partie postérieure de l'articulation, dont il forme en partie le ligament postérieur, sous le nom de *ligamentum popliteum obliquum*.

4° *Le jumeau externe*, né de la partie supérieure du condyle externe, recouvre la coque condilienne externe; le biceps le croise en arrière. Le plantaire grêle lui est contigu et passe ensuite en avant de lui.

5° *Le jumeau interne*, né de la partie supérieure du condyle interne, recouvre la coque condilienne interne.

6° *Le muscle poplité*, naît principalement d'un tendon qui s'insère à la face externe du condyle externe, au-dessous de l'insertion du ligament latéral externe, et passe ainsi dans l'intérieur même de l'articulation. Le tendon passe ensuite en arrière de l'articulation péronéotibiale supérieure; les fibres musculaires dirigées en bas et en dedans, vont s'insérer à la lèvre supérieure de la ligne oblique du tibia et à la face postérieure du tibia au-dessus de cette ligne; elles sont recouvertes d'abord par le jumeau externe dont les sépare le plantaire grêle, puis par le jumeau interne dont les séparent les vaisseaux poplités et le nerf sciatique poplité interne. Le bord inférieur du muscle poplité est contigu au bord supérieur du soléaire, de sorte qu'un kyste développé à la face antérieure du

poplité peut s'insinuer en avant du soléaire, par l'anneau fibreux de ce muscle, ou bien au contraire passer à la face postérieure du soléaire, en avant des jumeaux.

Les bourses séreuses sont réparties, d'après la description de Poirier, de la façon suivante :

1^o Bourse sus-condylienne : dans la fossette sus-condylienne, au centre des insertions du jumeau interne (indépendante de la synoviale dans 4/10^e des cas seulement).

2^o Bourse commune au jumeau interne et au demi-membraneux ; constante, ne communiquant que chez l'adulte et le vieillard, et seulement dans 1 cas sur 10.

3^o Bourse du demi-membraneux : entre le condyle tibial interne et le tendon demi-membraneux.

4^o Bourse du demi-tendineux ; contiguë à cette dernière, sans communiquer avec elle.

5^o Bourse séparant le tendon du poplité du ligament latéral externe.

6^o Bourse du jumeau externe (à sa face antérieure).

7^o Bourse du biceps (entre le tendon du biceps et le ligament latéral interne).

8^o Bourse propre du tendon du poplité (entre le tendon du poplité et la tête du péroné, constante, communiquant une fois sur deux avec la synoviale du genou : il ne faut pas la confondre avec le prolongement poplité de la synoviale).

Quant à la synoviale du genou, elle offre à la région postérieure plusieurs prolongements intéressants pour la formation des kystes. Si nous suivons son trajet, nous voyons, en effet, que née en haut du rebord cartilagineux des condyles fémoraux, elle se réfléchit au niveau des insertions des jumeaux pour tapisser ensuite leur face antérieure : à ce niveau elle émet presque constamment de petits prolongements qui passent entre les faisceaux d'insertion des jumeaux : ce sont les procès synoviaux sus-condyliens de Poirier ; — ensuite la synoviale tapisse la face antérieure des coques fibreuses des

jumeaux, et vers la ligne médiane, celle des ligaments croisés, entre lesquels elle envoie également un petit cul-de-sac (le plus souvent isolé à l'état de bourse séreuse, d'après Poirier) — en bas et en dehors, elle émet encore un prolongement très important dans la pathogénie des kystes poplités et extra-poplités qui s'insinue sous le muscle poplité, et qu'il ne faut pas confondre avec la séreuse propre du poplité, avec laquelle il communique d'ailleurs souvent. Poirier fait remarquer (*Traité d'Anatomie*) que ce prolongement est le point le plus déclive de l'articulation, et qu'il communique quelquefois avec l'articulation péronéo-tibiale supérieure, une fois sur six (une fois sur dix, d'après Lenoir).

Enfin, notons rapidement les rapports des vaisseaux et nerfs de la région poplitée :

L'artère poplitée, légèrement oblique en bas et en dehors dans la moitié supérieure, puis verticale, repose directement sur le fond du creux poplité, formé par la face postérieure du fémur, le ligament postérieur, la face postérieure du muscle poplité ; elle se termine au niveau du bord inférieur de ce muscle et du bord supérieur du soléaire, sous l'anneau fibreux duquel elle se bifurque en deux branches : l'une antérieure, artère tibiale antérieure, l'autre postérieure, tronc tibio-péronier. Cette bifurcation peut du reste se produire à un niveau plus élevé, jusque dans l'espace intercondylien.

La veine poplitée a la même direction que l'artère et se trouve en arrière et en dehors de cette dernière, dans la même gaine conjonctive ; entre autres affluents elle

reçoit la veine saphène externe que nous avons vue perforer l'aponévrose.

Enfin, au niveau de l'angle supérieur du creux poplité, le nerf sciatique se divise en deux troncs : *le nerf sciatique poplité externe* qui se dirige en bas et en dehors, le long du côté interne du biceps, immédiatement au-dessous de l'aponévrose poplitée, en arrière des insertions du jumeau externe ; puis il contourne en arrière la tête du péroné et son col pour se diviser à la région antérieure de la jambe en deux branches, le nerf musculo-cutané et le nerf tibial antérieur ; — *le nerf sciatique poplité interne* qui descend verticalement vers l'angle inférieur du creux poplité, sous-jacent à l'aponévrose, et placé en arrière et en dehors de la veine, il s'engage finalement dans l'anneau du soléaire où il prend le nom de nerf tibial postérieur.

Nous ne nous arrêterons pas aux lymphatiques et aux ganglions. Nous mentionnerons au contraire les connexions du *tissu cellulaire*, chargé de graisse, avec le tissu cellulaire des régions voisines, connexions qui expliquent le trajet des kystes dans leur migration : en haut, il communique avec le tissu cellulaire de la cuisse, qui double la face profonde des muscles postérieurs de la cuisse en remontant jusqu'à la fesse et au bassin ; il se continue avec le tissu cellulaire interposé entre les muscles superficiels et profonds de la région jambière postérieure, et cette continuité se fait par l'anneau du soléaire.

Enfin, nous ne quitterons pas la région postérieure du genou sans avoir suivi à la jambe les autres éléments qui la constituent ; rappelons que les plans successifs du

mollet sont, au-dessous de l'aponévrose de la jambe : *les deux jumeaux*, dont le tendon, né à leur face antérieure, va se réunir avec le tendon du soléaire suivant une ligne oblique en bas et en dedans ; *le soléaire*, dont le bord supérieur, obliquement dirigé en bas et en dedans et contigu au bord inférieur du muscle poplité, forme, entre ses insertions péronières et ses insertions tibiales, l'*arcade fibreuse*, sous laquelle s'engagent la terminaison de l'artère poplitée, la veine correspondante et le nerf sciatique poplité interne. Ces vaisseaux et nerfs, devenus : tronc tibio-péronier avec ses branches, nerf tibial postérieur, séparent la face antérieure du soléaire *des muscles de la couche profonde de la jambe* (fléchisseur profond, jambier postérieur, fléchisseur propre du gros orteil) recouverts par l'aponévrose jambière postérieure profonde.

B. ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DE LA RÉGION ANTÉRO-LATÉRALE DU GENOU. — Quelques points seulement retiendront notre attention : 1° *Le cul-de-sac sous-tricipital*, situé au-dessus de la rotule, entre le fémur et la face profonde du triceps ; il s'élève à 5 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, et se prolonge sur les côtés, au-dessous du vaste externe et du vaste interne, jusqu'au niveau des insertions fémorales des ligaments latéraux (Paulet).

Ce cul-de-sac est indépendant 19 fois pour 100 chez l'adulte, (11 fois sur 51 genoux d'adultes, Schwartz). — En outre il existe au-dessus de ce cul-de-sac une *bourse séreuse*, qui communique avec le cul-de-sac environ sept fois sur dix (Poirier).

2° *La patte d'oie et ses bourses séreuses* : La patte d'oie est formée superficiellement par le tendon étalé du couturier, qui décrit une courbe à la partie postérieure de la face externe du condyle interne pour aller ensuite s'insérer à la crête du tibia ; elle est formée profondément par les tendons, à courbe parallèle, du demi-tendineux et du droit interne. On rencontre une bourse séreuse entre le tendon du couturier et les tendons du droit interne et du demi-tendineux réunis ; une autre bourse séreuse entre ces derniers tendons et le ligament latéral interne ; ces deux séreuses sont souvent fondues en une seule. En outre deux bourses séparent le ligament latéral interne, l'une du fémur, l'autre du tibia.

3° *Les couches aponévrotiques* : Trois couches aponévrotiques renforcent la capsule en avant : a) l'aponévrose fémorale qui passe en avant de la rotule et du ligament rotulien, dont la séreuse prérotulienne la sépare ; — b) les expansions des vastes, entrecroisées en avant de la rotule ; — c) les ailerons rotuliens, externe et interne, adhérents aux expansions des vastes qui les recouvrent et étendus des bords de la rotule aux faces cutanées des condyles, l'interne plus fort que l'externe.

§ II. — Kystes poplités en général. — Historique

Nous aurons donc à étudier d'une part les kystes divisés par Demarquay en arthro-synoviaux, formés aux dépens des synoviales articulaires, et en ténosynoviaux, formés aux dépens des synoviales tendineuses ; d'autre

part les hygromas chroniques des bourses séreuses péri-articulaires, en excluant les bourses séreuses sous-cutanées ; à ces variétés se rattachent nos kystes aberrants ou extra-poplités.

Chacun sait que les kystes poplités ont été bien étudiés pour la première fois par Foucher en 1854 et en 1856. Velpeau venait de faire une leçon sur des kystes du jarret constitués par la dilatation de la synoviale articulaire et Malgaigne avait publié deux observations de kystes de cette région dont il avait vu la communication avec les bourses tendineuses du côté interne du jarret, en demandant de nouvelles observations pour mettre au point leur étude. C'est alors que Foucher chercha à classer les kystes du creux poplité ; en 1854, il en publiait 3 cas ; en 1856, parut son mémoire, dans les *Archives générales de médecine*. Il décrivait quatre variétés :

- 1^o Hydropysie des synoviales tendineuses, ou ganglions poplités ;
- 2^o Dilatation des follicules synoviaux, ou kystes folliculaires ;
- 3^o Hernie de la synoviale articulaire, ou kyste synovial proprement dit ;
- 4^o Kyste séreux libre, primitivement ou consécutivement.

Foucher mettait ainsi en relief l'origine dans les bourses séreuses, d'un grand nombre de kystes poplités, origine déjà décrite mais sans précision, dans les thèses de Longy (1852), de Burguet (1854), de Baudouin (1855), d'Olivier (1855).

Ces descriptions furent ensuite classiques. Toutefois, on fit quelques réserves sur les kystes séreux libres, et sur la réalité des dilatations et des hernies synoviales.

Nous citerons, comme exemple de ces réserves, quelques passages des traités classiques.

Pour Nélaton (*Éléments de pathologie chirurgicale* 1859, tome V).

« Les kystes de la première espèce (de l'oucher) sont les
« plus intéressants, et offrent avec ceux qui sont consti-
« tués par la hernie de la synoviale articulaire, la plupart
« des tumeurs séreuses que l'on observe dans la région
« poplitée ; les kystes consécutivement libres appartiennent à la catégorie des kystes articulaires, dont l'orifice
« de communication s'est oblitéré. Quant aux kystes primitivement libres, nous sommes loin de les nier mais
« leur existence n'a pas été anatomiquement démontrée.
« Nous dirons la même chose des kystes considérés
« comme appartenant à la dilatation des follicules synovipares ; dans un seul cas où une semblable origine
« aurait pu être soupçonnée, on était tout aussi bien en
« droit d'admettre une hernie de la synoviale du genou.
« Nous nous occuperons donc principalement 1^o) des kystes articulaires, c'est-à-dire, constitués par la hernie de la
« membrane synoviale ; 2^o) des kystes tendineux, c'est-à-dire, développés dans les gaines tendineuses des muscles qui limitent la région poplitée ou dans les bourses
« séreuses de glissement que l'on trouve entre ces os et
« les saillies osseuses ». Nélaton ajoutait à propos des kystes tendineux : « aucune de ces cavités séreuses ne
« communique avec la synoviale du genou, dans le jeune
« âge et à l'état normal ; dans certains cas pathologiques
« on peut cependant observer des communications plus
« ou moins larges ».

Dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, M. Kirrnisson écrit : « ces deux dernières variétés (la « hernie de la synoviale articulaire, et les kystes séreux « libres) ne sauraient plus être admises aujourd'hui ; on « ne voit pas en effet aux dépens de quels organes pour- « raient se développer les kystes séreux libres du creux « poplité, on ne comprend pas davantage comment la syno- « viale du genou extrêmement dense et serrée à sa partie « postérieure, bridée par un ligament des plus solides « pourrait venir faire hernie en ce point ».

Et pourtant, la hernie synoviale, ainsi discréditée, faisait l'objet d'un chapitre spécial de l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* (Paris 1884, t. III, p. 118) où Charles Nancrède écrit : « Par suite de la direction « des fibres ligamenteuses qui forment les capsules de « certaines articulations, les membranes synoviales ne « reçoivent, en plusieurs points de leur pourtour, qu'un « soutien bien imparfait. Ces conditions existent surtout « au poignet et au genou. Dans ces deux articulations « il existe des parties de la capsule où, soit au passage « des vaisseaux sanguins, soit aux angles formés par « l'entrecroisement des bandes fibreuses, on trouve de « petites surfaces qui sont à peu près complètement « dépourvues de support ligamenteux ».

Nous devons signaler, dans l'intervalle de ces publications celle de Morratt Baker, qui insistait sur l'importance de l'hydarthrose ou de l'ostéo-arthrite du genou à l'origine des kystes, et signalait les kystes herniaires situés dans la jambe ou le molet à plusieurs pouces de distance de l'interligne.

Les travaux de Poirier marquent ensuite l'étape la plus importante dans l'histoire des kystes poplités. Étudiant les bourses séreuses de la région du genou et les kystes poplités, il concluait que dans un cinquième des cas il y a communication des séreuses avec l'article et que l'origine des kystes poplités, tendineux ou folliculaires, est toujours articulaire. Il distinguait (Congrès de Berlin, 1890) 4 classes de kystes :

- 1^o Ceux de la bourse du jumeau interne.
- 2^o Ceux du mollet par prolongement de la synoviale articulaire.
- 3^o Ceux de la cuisse, au niveau de l'insertion des jumeaux.
- 4^o Ceux du milieu du creux poplité, les plus fréquents.

Nous pouvons résumer de la façon suivante la description classique des kystes poplités, description où nous trouverons nos points de comparaison avec les kystes extra-poplités.

On les divise en kystes articulaires et en kystes tendineux. Les premiers, médians, seraient développés par dilatation des follicules sous-synoviaux ou par hernie de la synoviale ; les seconds, latéraux, se développeraient dans les bourses séreuses de la région, et les plus fréquents se développent dans la bourse séreuse commune au jumeau interne et au demi-membraneux. Ensuite les plus fréquents sont ceux du prolongement sous-poplité, puis ceux de la bourse séreuse sus-condylienne interne et des procès synoviaux voisins ; enfin, ceux de la bourse sus-condylienne externe. Les kystes médians articulaires seraient très rares, s'ils existent, la synoviale étant tenue à distance par les ligaments croisés (Poirier) ; et comme

ils siègent sous le muscle poplité principalement, on peut se demander s'ils ne sont pas simplement des kystes de la bourse séreuse de ce muscle.

Les kystes articulaires ont pour caractères, d'après Foucher : la situation médiane, la réductibilité (bien qu'ils puissent aussi s'isoler), la production, à la suite d'une maladie du genou, hydarthrose, arthrite chronique, tumeur blanche (Gosselin, Marrant-Baker, Verneuil, Duplay). Ils peuvent s'isoler par formation d'un pédicule qui s'allonge de plus en plus et finit par disparaître ; ce seraient surtout les kystes folliculaires.

Les kystes tendineux ou latéraux, plus fréquents, ne communiqueraient pas avec la synoviale au début, mais on peut les trouver ou non réductibles ; on retrouverait moins souvent à leur origine une affection du genou.

Articulaires ou tendineux, ces kystes peuvent émigrer hors du creux poplité. Articulaires ou tendineux, il communiquent ou ne communiquent pas avec la synoviale, et l'irréductibilité ne prouve pas qu'il n'y ait pas communication ; elle peut, en effet, n'être occasionnée que par la viscosité du contenu, la disposition valvulaire de l'orifice ou ses coudures. Nous avons dit que, pour M. Poirier, les kystes tendineux seraient toujours communicants et auraient probablement tous une origine articulaire, sous la dépendance des maladies articulaires.

CHAPITRE II

KYSTES EXTRA-POPLITÉS

§ 1. — Descriptions antérieures

On ne trouve pas dans la littérature médicale, à notre connaissance, les faits de kystes extra-poplités réunis en un groupe nosologique, et cela s'explique autant par leur diversité de siège, que par leurs connexions, dans les cas les plus fréquents, avec les kystes poplités ordinairement décrits. Nous retrouvons dans les auteurs des indications plus ou moins détaillées, quelques observations que nous allons d'abord passer en revue, au commencement de cette étude.

Foucher avait remarqué que les kystes articulaires peuvent arriver à se séparer de l'article, leur pédicule s'étirant à mesure que le kyste descend et s'allonge, et finissant par s'oblitérer et même par se rompre. Morrant-Baker trouve également des kystes dans le mollet, et il en rapporte quelques cas distants de l'interligne articulaire de 3 à 4 pouces.

Les traités et dictionnaires se bornèrent ensuite à répéter ces quelques observations, et quelques nouveaux cas furent enregistrés, jusqu'aux dissections précises de M. Poirier.

Nous lisons dans l'article de M. Schwartz du *Dictionnaire Jaccoud* : « certains de ces kystes (articulaires) « se pédiculisent ; leur pédicule leur laisse une certaine « liberté ; ils cheminent alors dans le tissu cellulo-adi- « peux et peuvent apparaître loin..... Les kystes follicu- « laires seraient plutôt disposés pour cette sorte de migra- « tion. Cependant Marrant-Baker rapporte quelques cas « de kystes herniaires distants de l'interligne ». A ces lignes se borne la description des kystes qui nous occupent. Dans le *Traité de chirurgie* (Duplay et Reclus) Kirrison est encore plus bref. — Bouilly (in-4° Agrégés, tome IV, p. 801) n'y consacre que quelques mots, rappelant les observations de Poirier que nous reproduisons à la fin de cette thèse. Mais il y joint un paragraphe spécial sur les kystes de la patte d'oie. — Follin et Duplay donnent quelques détails de plus. A propos des kystes articulaires (tome VII, page 942) : « on observe même « fréquemment chez les vieillards une forme d'ostéo- « arthrite se rapprochant de la tumeur blanche rhuma- « tismale, dans laquelle des diverticules postérieurs de « l'articulation se prolongent jusqu'au milieu de la jambe « par en bas et jusque vers le milieu de la cuisse dans le « sens opposé..... » et plus loin : « ces kystes sont « rattachés à la capsule ou à la synoviale articulaire, par « un pédicule plus ou moins étroit et de longueur variable. « Quelquefois le pédicule s'allonge à ce point que les « kystes peuvent émigrer dans la région du mollet ; par- « fois même, par suite de la rupture du pédicule, ils « deviennent libres dans le tissu cellulaire ». A propos des kystes tendineux, ils font remarquer qu'il existe des

kystes de la bourse séreuse du biceps, qui sont bien extra-poplités, et notent que les kystes de la bourse du poplité peuvent émigrer comme les kystes articulaires.

Forgue et Reclus (*Thérapeutique chirurgicale*, 1892, tome I, page 264) nous citent un cas un peu différent, mais que nous aurions voulu plus détaillé; s'agit-il d'un kyste de la bourse du biceps, d'un kyste communiquant avec l'articulation péronéo-tibiale, dans le cas auquel ils font allusion : « nous venons d'en extirper un (ganglion) au niveau de l'articulation péronéo-tibiale supérieure. »

C'est dans le mémoire de M. Poirier (*Archives générales de médecine*, 1886) sur les bourses séreuses du genou, dans ses présentations à la Société anatomique, et dans la thèse de son élève Garnier (Paris, 1890) que nous trouvons nos observations les plus détaillées. L'une (voyez Obs. V) concerne un kyste du mollet, développé entre la membrane interosseuse et le soléaire, rattachée au genou par un pédicule qui traverse le muscle poplité, et, à sa face antérieure, se met en contact avec le prolongement sous-poplité de la synoviale articulaire. Un autre (notre Obs. VI) s'est développé au-dessus du soléaire, et envoie un prolongement supérieur sous le muscle poplité, tandis que son pédicule remonte le long du bord inférieur de ce muscle pour atteindre le prolongement sous-poplité de la synoviale. — Une autre observation, que nous ne reproduisons pas, car il s'agit alors d'un kyste poplité, montre un stade intermédiaire de la migration d'un kyste de la bourse sous-poplitée (*Bull. de la Société Anatom.*, 1886, page 89). — Enfin, une autre observation (notre Obs. VII) concerne un kyste

articulaire de la partie latérale interne du genou, et qui diffère donc des précédents qui étaient des kystes poplités émigrés.

Depuis cette date nous n'aurons à mentionner que de rares observations éparses. La thèse récente de Lamotte (Paris, 1897) qui passe en revue les kystes poplités, ne nous donne aucun renseignement sur les kystes aberrants de cette région.

§ II. — Étiologie

Il ne semble pas qu'on puisse attribuer d'autres causes aux kystes extra-poplités que celles, très obscures du reste, que nous connaissons à ceux du creux poplité lui-même. Les observations que nous avons pu rassembler se rapportent toutes à des adultes ou à des vieillards, et l'on sait que les kystes poplités sont rares dans le jeune âge, bien que les exemples n'en manquent pas tout à fait. Dans la plupart des cas il n'y a pas de cause évidente, et l'on ne retrouve pas aussi fréquemment les affections articulaires; cependant on ne peut, en présence de certains cas où l'étiologie est nette, refuser d'attribuer une influence manifeste aux hydarthroses, aux arthrites chroniques, aux traumatismes et en particulier à ces petits traumatismes répétés que causent des professions pénibles. Nous savons déjà que dans le cours de certaines arthrites des vieillards, on observe des prolongements cruraux et jambiers, communiquant largement avec la synoviale articulaire du genou.

§ III. — Anatomie pathologique.

Les kystes extra-poplités peuvent être observés : 1^o à la jambe soit dans la région antéro-latérale, soit au mollet ; 2^o à la cuisse, soit au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, soit dans la région postérieure ; 3^o aux régions antérieure et latérales du genou.

A la région antéro-latérale de la jambe, nous citons un cas très caractéristique observé dans le service de M. le Professeur Duplay. Le kyste, situé dans la gaine des muscles antéro-latéraux, était intercalé entre le jambier antérieur et l'extenseur commun, refoulant énormément ces deux muscles et leur adhérent par sa capsule fibreuse ; le pédicule du kyste se dirigeait vers l'articulation péronéo-tibiale supérieure avec laquelle il communiquait.

Au mollet les exemples sont beaucoup plus fréquents que partout ailleurs ; les observations de M. Poirier que nous rappelons, nous montrent des kystes à pédicule rattaché au prolongement poplité de la synoviale, communiquant ou non avec elle. Nous n'avons pas de cas qui puissent être apportés à l'appui de l'opinion de Foucher qui faisait naître ces kystes des follicules synovipares ou des hernies articulaires ; au contraire l'origine au niveau du prolongement sous-poplité et de la bourse séreuse sous-poplitée est bien démontrée par la série des kystes observés soit sous le poplité, soit sous son bord inférieur, soit à un niveau plus au moins déclive du mollet. Le pédicule peut traverser le muscle poplité, au lieu de descendre à sa face antérieure. Parvenu au bord inférieur

du muscle, le kyste peut se développer soit entre les jumeaux et le soléaire, soit dans les fibres mêmes du soléaire, soit à sa face antérieure, en passant avec les vaisseaux et nerfs de l'anneau fibreux ; ils peuvent même, comme dans l'observation V, s'insinuer au milieu des muscles de la couche profonde et refouler le ligament interosseux. L'Observation IX montre un kyste isolé, situé dans le soléaire à la face profonde de ce muscle, et qui était soulevé par un petit anévrysme du tronc tibio-péronier.

A la cuisse, nous n'insisterons pas sur « ces prolongements fluctuants énormes » de certaines arthrites des vieillards, qui communiquent si largement avec l'articulation qu'on « doit plutôt les considérer comme une dilatation de la cavité articulaire (Follin et Duplay). »

Mais nous ne devons pas exclure de notre description les hygromas kystiques, à forme chronique, du cul-de-sac sous-tricipital isolé de la synoviale, ou de la bourse séreuse placée en haut et en avant de ce prolongement synovial. Aucun détail de structure, aucune différence du contenu, aucune différence de connexion avec l'articulation n'autorisent à les distinguer des autres « kystes synoviaux » de la région du genou. Nous n'en rapportons pas d'observation nouvelle, mais nous renverrons à cette figure de Volkmann, reproduite dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus (tome I, page 886) qui vaut une description. Peut-être, et nous croyons logique de le faire, rattacherait-on à ces kystes celui de Polaillon (Obsv. III), développé à la partie inférieure et interne de la cuisse droite, au voisinage d'une

arthrite sèche, bien que M. Polaillon le décrive « distinct de l'articulation et survenu sans cause ».

Enfin nous avons réuni plusieurs observations de kystes articulaires développés aux faces latérales du genou. L'observation de M. Nicaise (Obs. IV) est celle d'un « ganglion synovial multiloculaire de la *face externe* du « genou, par hernie de la synoviale » ; elle siégeait à un travers de doigt du bord externe de la rotule, adhérait à la bourse séreuse prérotulienne et présentait à sa partie inférieure un pédicule que l'on voyait traverser l'aponévrose pour se continuer avec la synoviale du genou ; la synoviale du genou était saine, mais le malade avait fait des marches forcées. — L'observation de Cestan (Obs. XI) est également celle d'un kyste de la *région externe*, irréductible, mais avec pédicule large ; le genou était sain. — M. Poirier a présenté à la Société Anatomique (1887) un genou sur lequel on trouvait, outre des kystes sus condyliens, un kyste lobulé, situé sur la partie *latérale interne* de la rotule, au-dessous de l'aponévrose superficielle et des ailerons ligamenteux, et dont le pédicule passait nettement à travers un interstice aponévrotique.

Les ailerons rotuliens étant inégalement forts ; l'interne plus fort que l'externe, il semble *à priori* que les kystes articulaires seront plus fréquents en dehors. Dans notre unique observation de kyste synovial hernaire du côté interne, le kyste s'était développé en surface au-dessous de l'aileron rotulien et avait ainsi pris une forme aplatie.

A ces kystes latéraux, constitués par des hernies syno-

viales, il faut ajouter les *kystes de la patte d'oie*, bien décrits par Bouilly dont nous reproduirons ce passage :
« L'histoire de ces kystes ne semble pas faite, néanmoins
« on les observe parfois. Ils présentent un siège tout-à-
« fait caractéristique qui les fait reconnaître pour ainsi
« dire d'une manière certaine. Il faut rechercher la fluc-
« tuation, la jambe étant fléchie. Ces kystes sont indé-
« pendants de l'articulation du genou et ne présentent
« au point de vue anatomique aucune différence avec les
« kystes tendineux de la région poplitée. » Ajoutons
cependant qu'ils peuvent communiquer avec l'articulation. Grüber dit d'ailleurs que la bourse de la patte d'oie peut exceptionnellement communiquer avec l'articulation par l'intermédiaire de la bourse du demi-membraneux : pourtant ce fait est nié par Poirier. — Un kyste développé dans l'épaisseur même du muscle demi-membraneux (Observ. X) observé par M. Morestin se rapporte peut-être, par son origine qui ne put être éclaircie, à la variété précédente.

Quant à la structure de ces kystes, elle ne diffère en rien de celle des kystes poplités, et nous n'y insisterons pas ; elle est du reste relatée dans quelques-unes de nos observations. Nous ferons simplement remarquer : 1^o qu'ils ont souvent une apparence multiloculaire (Poirier) mais que toutes leurs loges communiquent entre elles, 2^o que la structure ne diffère pas, qu'il s'agisse de kystes par hernie de la synoviale ou de kystes tendineux, ou pour mieux dire d'hygromas chronique des bourses séreuses ; 3^o que le contenu, ordinairement comparable à la gelée de groseille ou à la gelée de pomme, peut aussi

être simplement visqueux ou presque séreux ; 4° que ce contenu peut se composer en partie de mucine, ce qui rendra le diagnostic avec certains myxômes très difficile. C'est pourquoi nous avons ajouté à nos autres observations, celle d'un kyste muqueux (Observ. VIII. Buscarlet) du jambier antérieur.

CHAPITRE III

§ 1. — Symptômes et diagnostic

Après cette description anatomique, il nous reste peu de choses à dire sur les symptômes des kystes extra-poplités, tumeurs liquides, de consistance plus ou moins rénitente ou fluctuante, plus ou moins masquées par les divers plans de la région qu'elles occupent, réductibles ou non réductibles, accompagnant ou non une affection du genou, en général indolentes à moins qu'elles ne déterminent quelques troubles par compressions nerveuses. Le diagnostic est à faire avec les mêmes affections qui peuvent induire le chirurgien en erreur au creux poplité, et sera toujours plus difficile. Il faudra éliminer en particulier les abcès froids. Dans notre Observation I, la toux, l'amaigrissement du malade, le siège anormal du kyste, pouvaient faire penser à un abcès froid, mais les os de la jambe ne présentaient aucun point douloureux et le genou était sain. — On devrait penser même à la possibilité d'abcès par congestion descendus à la cuisse, au creux poplité, puis au mollet ; l'exploration de la colonne vertébrale et l'examen des troubles nerveux feraient faire ce diagnostic tout à fait exceptionnel.

On doit également distinguer ces kystes des lipomes,

auxquels ils ressemblent quelquefois par leur consistance.

Les varices de la saphène externe sont faciles à reconnaître.

Dans certains cas on pourrait croire à un anévrysme ; l'observation de Baraduc (IX) rapporte la coïncidence d'un anévrysme tibio-péronier, avec un kyste synovial développé en arrière de cet anévrysme, dans le soléaire.

Le diagnostic avec un myxôme ne sera pas toujours possible ; la ponction même pourra laisser des doutes ; il faudrait y rechercher au microscope les cellules étoilées des myxômes. Quant aux réactions chimiques de la mucine, elles peuvent être difficilement distinguée de celles de la synovie des kystes, qui peut être mêlée à la mucine ; (comparer dans A. Gautier, *Chimie appliquée*, 1874, tome II, les analyses des kystes synoviaux et les caractères de la mucine, pages 127 et 486).

En revanche, les kystes hématiques et les kystes hydatiques sont diagnostiqués par la ponction. Les kystes hydatiques avec leur liquide eau de roche et les crochets visibles au microscope, sont d'aspect tout à fait caractéristique.

M. Bouilly, à propos des kystes de la patte d'oie rappelle qu'il faudra les distinguer de « certains kystes très « rares décrits par Lannelongue, sous le nom des kystes « périostiques (abcès froids transformés) ».

Existe-t-il des kystes de nature tuberculeuse qui puissent induire en erreur ? On a tout à fait séparé des kystes synoviaux les kystes tuberculeux à contenu hordéiforme, et à plus forte raison ceux qui contiendraient des fongosités. Mais il faut songer à la possibilité de kystes ana-

logues aux synovites séreuses bacillaires à contenu visqueux ou grumeleux (Tédenat).

Enfin nous supposons que l'on aura pas pris pour un kyste qui n'existe pas, le simple relief des muscles et la sensation de fausse fluctuation (Testut et Jaboulay).

§ II. Traitement

Nous ne rappellerons pas les désastres qui trop souvent suivaient l'intervention chirurgicale radicale avant l'antisepsie, ni les « exemples décourageants de suppurations diffuses, de clapiers persistants, d'ankyloses et de pyohémies mortelles » (Forgue et Reclus).

Actuellement un seul traitement est de mise, sauf contre-indications exceptionnelles dues à l'âge ou à l'état général du malade : c'est l'extirpation. On pourra lier les pédicules des kystes pour préserver plus sûrement les articulations. Si les parois kystiques sont très adhérentes à des vaisseaux ou à une vaste surface musculaire qu'il faudrait sacrifier, on se contentera de cureter la paroi interne, de la cautériser et de laisser bourgeonner la plaie qui se remplira de dedans en dehors sans laisser de fistules.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. HUGUIER, interne de l'Hôtel-Dieu).

*Kyste synovial de la région antéro-externe de la jambe gauche
communiquant avec l'articulation péronéo-tibiale supérieure.*

Le nommé A. H..., salle Saint-Landry, n° 16 : peintre en bâtiment, âgé de 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Duplay, le 10 avril 1900, pour une petite tumeur de la partie supérieure de la jambe gauche, à la région antéro-externe.

Les antécédents personnels du malade ne révèlent rien d'intéressant au point de vue de l'affection actuelle, du moins en ce qui concerne le genou et la jambe : aucun traumatisme, aucune inflammation. Interrogé sur ses affections antérieures, il ne se rappelle qu'une légère bronchite il y a 3 ans ; mais depuis il aurait toussé chaque hiver, sans hémoptysies ; il aurait en outre maigri un peu depuis un mois.

Début : La tumeur de la jambe a été perçue pour la première fois par le malade, il y a 2 ans environ ; elle a toujours été absolument indolente, ne le gênant même pas ; au début, elle disparaissait par la pression. Depuis 3 mois, elle a augmenté plus rapidement et sans douleur.

État actuel : On remarque en effet, dans la région déjà indiquée, une tumeur de la grosseur d'un œuf ou d'une petite orange, hémisphérique, dont la limite supérieure est à 3 centimètres de l'interligne articulaire du genou ; le bord interne correspond à peu près au milieu de la face antérieure de la jambe ; les dimensions de haut en bas sont de 8 centimètres, et de dehors en dedans également de

8 centimètres ; la crête du tibia est séparée de la tumeur par un intervalle de 2 centimètres. Sur cette tumeur, la peau, de coloration et de souplesse normales, glisse librement, on y remarque seulement par transparence quelques veines bleuâtres et dilatées à la partie inférieure ; vers cette partie, la tumeur, partout ailleurs nettement limitée, se continue par une espèce de trainée indurée. La palpation, indolente, ne laisse aucun doute sur l'existence de la fluctuation ; le doigt laisse une très légère dépression, après que l'on a appuyé fortement, mais bien moins sensible que dans le cas d'œdème.

Le malade présente quelques troubles nerveux : une gêne des mouvements d'extension du pied, due évidemment à la compression du nerf tibial antérieur et de ses rameaux destinés au jambier antérieur et à l'extension commun des orteils. On observe en outre de l'anesthésie de la face dorsale des deux premiers orteils.

En présence de ces symptômes, et en considérant l'état général du malade, qui se plaint de toux et d'amaigrissement, on pourrait craindre que la tumeur ne fut constituée par un abcès froid ; mais nul point osseux douloureux, nulle localisation pulmonaire à l'auscultation n'autorisaient ce diagnostic. Du reste toute hésitation dut cesser devant la ponction exploratrice qui, pratiquée à la partie la plus déclive, ramena un liquide très visqueux et transparent « gelée de pomme ».

Opération le 13 avril, incision du kyste qui soulève l'aponévrose de la jambe ; dans le tissu cellulaire, un peu de « gelée de pomme » échappée par une éraillure de l'aponévrose due vraisemblablement aux nombreuses palpations subies par le malade dans la salle. On reconnaît que la membrane fibreuse fait corps avec les tissus voisins. Le kyste occupe l'intervalle du jambier antérieur et de l'extenseur commun et comprime en bas les insertions de l'extenseur propre du gros orteil ; le jambier antérieur est refoulé en dedans. Il est entièrement contenu dans la loge antérieure de la jambe, adhérent en arrière à la membrane interosseuse, en avant à l'aponévrose de la jambe ; quant aux vaisseaux et nerfs tibiaux antérieurs ils ne sont pas vus au cours de l'opération et sont sans doute en arrière et en dedans du kyste. On comprend ainsi très bien les troubles de la sensibilité et de la motilité observée sur le malade. A la partie supérieure de la tumeur ; un prolongement se voit très facilement, qui se dirige pédiculisé vers l'articulation péronéo-tibiale supérieure. La dissection semblant très difficile, on curette simplement l'intérieur du kyste qui est cautérisé à l'eau phéniquée forte, après ligature du pédicule, pour préserver l'articulation de toute propaga-

tion infectieuse ; la plaie est ensuite bourrée à la gaze iodoformée.

Le malade quitte, guéri, l'hôpital au bout de 3 semaines.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le docteur MARION, chef de clinique chirurgicale à la Faculté.)

Kyste synovial du mollet.

Le nommé Georges Claude, âgé de 40 ans, garçon de bureau, salle Saint-Landry, n°52, est entré à l'hôpital pour une petite tumeur de la partie supérieure du mollet droit.

On ne retrouve dans ses antécédents personnels aucune affection du genou et au moment de l'examen du malade on ne découvre en effet aucune altération de l'articulation, qui ne contient pas de liquide. Il y a sept mois, il ressentit des douleurs dans le mollet droit et dans le creux du jarret ; il boitait même un peu. Ces douleurs ne persistèrent pas.

C'est depuis 3 mois seulement que le malade s'est aperçu de la présence de cette tumeur, qui le gêne pendant la marche sans occasionner cependant de vraies douleurs. L'inspection du mollet et du jarret ne décèle rien d'anormal, mais la palpation du mollet révèle une tumeur du volume d'un gros œuf de pigeon, ovoïde, allongée dans le sens vertical : le grand axe est légèrement oblique en haut et en dehors. L'extrémité supérieure, arrondie, se trouve à trois bons travers de doigt du creux du jarret.

La palpation attentive fait sentir, à l'extrémité supérieure, un pédicule très mince se dirigeant en haut et en dehors, vers le condyle externe du tibia. La tumeur est nettement située au-dessous des jumeaux et peu perceptible pendant leur contraction ; pendant leur relâchement, on peut la mobiliser dans le sens transversal, mais non dans le sens vertical. Par la contraction du triceps sural, on voit que la tumeur ne présente pas de connexions étroites avec le muscle. La tumeur est de consistance rénitente. On ne parvient à la réduire dans aucune position. Toutes les manœuvres la laissent indolente.

Le diagnostic était difficile à cause de la profondeur de la tumeur et de la consistance un peu incertaine. On élimina le diagnostic de

névrome, auquel on aurait pu penser simplement à cause des douleurs du début, celles-ci ayant disparu complètement. On élimina de même la dilatation de la veine saphène externe, qui ne présentait aucune varicosité dans sa partie sous-cutanée. Aucune fièvre, aucune douleur osseuse ou articulaire ne pouvaient faire penser à un abcès froid, ou à un adéno-phlegmon. On posa donc le diagnostic de kyste poplité, venu de la bourse séreuse du jumeau externe probablement, et peut-être en connexion avec l'articulation, sans vraie communication; on pensa cependant aussi à un kyste médian folliculaire à pédicule allongé; mais il semblait plutôt que le pédicule était senti se dirigeant en haut et en dehors, d'autre part, l'intégrité du genou s'alliait moins bien avec cette dernière hypothèse.

Opération le 28 novembre 1899. Une incision verticale médiane de la peau, du tissu cellulaire, et de l'aponévrose de la jambe et du creux poplité, qui ménagea la veine saphène externe, conduisit sur les muscles jumeaux. Ceux-ci furent écartés l'un de l'autre, et dans leur intervalle apparut le kyste. Celui-ci par son extrémité supérieure envoyait un prolongement pédiculé sous le bord inférieur du muscle poplité; sa partie moyenne, verdâtre, allongé verticalement sur la ligne médiane, était large de deux travers de doigt, et la longueur du kyste était de 4 centimètres, dimensions supérieures à celles qu'on avait cru pouvoir lui assigner pendant l'examen clinique. L'extrémité inférieure s'insinuait par l'anneau du soléaire, qui dut être incisé et adhérait si intimement à la face antérieure de ce muscle qu'on dut couper en plein muscle pour l'extirper complètement. Quant au pédicule supéro-externe, senti à l'examen clinique, il ne parut répondre à aucun prolongement du kyste.

Le pédicule fut lié et sectionné, sans que l'on disséquât à la face antérieure du muscle poplité; il n'y avait pas de réductibilité, mais sans doute communication difficile avec la synoviale.

A l'ouverture du kyste, on trouva un contenu gélatineux, analogue à celui des kystes poplités.

La guérison se fit sans incidents.

OBSERVATION III.

POLAILLON. (*Affections chirurgicales des membres. Statistique et observations. 1894, page 338*).

T., Adeline, journalière, âgée de 63 ans, entre à la Pitié, le 20 juillet 1883. Elle porte à la partie inférieure et interne de la cuisse

droite, une tumeur fluctuante. Comme le genou droit est atteint d'arthrite sèche, nous recherchons si la tumeur fluctuante n'est pas une expansion de la synoviale articulaire. Mais il s'agit bien d'un kyste distinct de l'articulation et survenu sans cause. La malade porte du côté opposé une ancienne fracture.

Incision du kyste. Issue d'un liquide séreux. Le fémur recouvert de son périoste, forme le fond du kyste. Pansement phéniqué, guérison. La malade est restée longtemps sans pouvoir marcher. Elle n'a quitté l'hôpital que le 13 janvier 1881.

OBSERVATION IV

NICAISE. Note sur un cas de ganglion articulaire du genou (*Revue de chirurgie*, 1883, page 463).

Ganglion synovial multiloculaire à la face externe du genou, par hernie de la synoviale. Ablation, guérison (Observation recueillie par M. DUBIEF, interne du service).

R..., âgé de 40 ans, menuisier, entre le 31 mars 1883, à l'hôpital Laennec, salle Malgaigne, n° 10. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Pneumonie à l'âge de 24 ans.

Pleurésie il y a 5 ans; depuis, il a toujours toussé l'hiver; cependant sa santé et son état général sont restés excellents. Il entre à l'hôpital pour une tumeur de la région externe du genou droit.

Début : Cette lésion a débuté insensiblement et son origine est passée inaperçue. A la suite de grandes fatigues provoquées par des marches forcées, le malade dit avoir ressenti une pesanteur dans le genou droit. Puis à quelque temps de là, il s'aperçut qu'il avait une petite grosseur à la région externe du genou; il y a de cela plusieurs mois.

La tumeur est généralement indolente, mais parfois elle augmente et devient sensible, par suite des frottements auxquels elle est soumise. Comme dans ces derniers temps, la petite tumeur avait subi de l'accroissement, le malade vint consulter et entra à l'hôpital Laennec, le 31 mars 1883.

A l'examen, on constate à la région antéro-externe du genou une tumeur grosse comme une petite noix, aplatie, irrégulière, lobulée, indolente, molle, fluctuante au niveau de deux petits lobules, non réductible. La peau est adhérente en plusieurs points ; la tumeur est également peu mobile sur les parties profondes. L'articulation du genou est absolument intacte ; tous les mouvements sont libres. L'état général du malade est excellent. Rien aux poumons.

Le diagnostic présentait des difficultés : cette tumeur située entre la peau et l'aponévrose d'enveloppe du genou, était-elle un lipome, une tumeur fibreuse, un kyste sébacé, un ganglion synovial. Je restai dans l'indécision tout en pensant davantage à un kyste sébacé ayant subi des inflammations. L'ablation de la tumeur est faite, le 7 avril 1883, en suivant rigoureusement les préceptes de la méthode antiseptique. Je fais sur la peau une incision oblique d'environ 5 centimètres dont la partie moyenne est à un travers de doigt en dehors du bord externe de la rotule et qui se dirige vers le bord externe du ligament rotulien. Pendant la dissection la tumeur est ouverte ; il en sort un liquide incolore, filant, un peu visqueux, ressemblant à l'humour vitrée. La tumeur adhère en un point à la bourse séreuse prérotulienne qui est ouverte par la dissection et à sa partie inférieure elle présente un pédicule qui traverse l'aponévrose du genou et s'enfonce profondément vers l'articulation. Ce pédicule est sectionné avec des ciseaux, après avoir été lié avec un fil de catgut phéniqué. On place un petit tube à drainage ; trois points de suture rapprochent les lèvres de la plaie qui est saupoudrée d'iodoforme et recouverte d'un pansement de Lister. Le membre est immobilisé sur une gouttière de Boeckel.

11 avril. — On enlève les points de suture, réunion par première intention, pas de réaction locale.

21 avril. — Le malade sort de l'hôpital guéri et n'éprouvant aucune gêne dans le genou.

Examen de la pièce. — La tumeur contient un liquide colloïde gélatineux, dans lequel le microscope ne dénote aucun élément figuré. Les parois de la tumeur sont irrégulières présentant çà et là des anfractuosités, formant des sortes de kystes secondaires ; leur consistance est résistante et donne la sensation du tissu fibreux. Histologiquement, les cavités sont constituées comme il suit : leur face interne est revêtue d'un épithélium à cellules plates que l'on peut détacher au raclage. En dehors de cette lame épithéliale, existe une coque celluleuse, entremêlée de fibres élastiques et présentant par places des formations fibreuses, dues probablement à l'irritation produite par les mouvements.

La périphérie de la tumeur se continue avec le tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

OBSERVATION V

Kyste poplité d'origine articulaire par M. le docteur POIRIER
(*Bulletin de la Société Anatomique*, 1886, p. 41).

En disséquant le mollet d'un sujet mâle, d'environ 30 ans, nous trouvons, soulevant et écartant les fibres du soléaire dans son tiers supérieur, une production kystique à grand axe longitudinal ayant 5 centimètres, à petit axe transversal de 2 centimètres. Ce kyste à parois très minces, d'apparence multiloculaire, paraît rempli d'un liquide gelée de groseilles, de consistance faible. Nous écartons les fibres du soléaire et des muscles sous-jacents entre lesquels le kyste s'enfonce et nous arrivons jusqu'au ligament interosseux sur lequel la masse kystique contracte quelques adhérences faciles à détacher. Nous constatons alors que ce kyste finit inférieurement à 12 centimètres de l'interligne articulaire du genou par un gros lobule arrondi du volume du pouce, tandis que supérieurement il s'effile brusquement pour s'engager dans le muscle poplité. Nous disséquons le poplité et nous le séparons en deux, par une section verticale qui permet de rejeter en dehors sa portion tendineuse, en dedans son triangle musculaire. Alors nous voyons le kyste se prolonger par un pédicule long et mince au-dessous du poplité jusqu'au prolongement en cul-de-sac que la grande synoviale articulaire du genou envoie sous le tendon de ce muscle. L'hypothèse que nous étions en présence d'un kyste du mollet, prolongation d'un kyste poplité articulaire, se confirmait. Afin de mieux voir les rapports du kyste avec la synoviale du genou, nous injectons celle-ci au suif par la rotule et nous voyons nettement, son prolongement poplité se mettre en contact avec les lobules supérieurs du kyste. Le prolongement synovial n'est séparé du lobule kystique avec lequel il entre en contact que par son feuillet synovial, si mince, comme on le sait, et la moindre pression suffisait pour faire passer l'injection dans le kyste qui se tend lorsqu'on appuie sur l'injection encore liquide du genou. L'aspect de ce kyste est donc le suivant : une masse principale intra-soléaire formée de gros lobules à parois minces et transparentes, les plus gros du volume d'une noisette, les plus petits du volume

d'un petit pois et un pédicule sous-poplité long de 5 centimètres, large de 6 à dix millimètres, d'apparence multiloculaire comme la masse principale, mais dont les lobules n'ont que le volume d'une lentille ou d'un très petit pois. Il nous paraît logique de conclure que le kyste herniaire demeuré petit tant qu'il est resté sous le poplité qui le bridait, a pu grandir et dilater ses lobules, quand il est arrivé sous le soléaire à fibres beaucoup plus lâches.

Nous avons parlé à différentes reprises de l'apparence multiloculaire du kyste, ce n'est, croyons-nous qu'une apparence, car il nous arrive, en disséquant le pédicule, de piquer un des lobules supérieurs. La gelée sort par cette piqûre et cette sortie est activée par la pression sur un point quelconque de la tumeur. Pareille chose ne se produirait pas, croyons-nous, si les différents lobes ne communiquaient pas entre eux.

Rapports du kyste avec les parties voisines. — On connaît déjà ses rapports avec la synoviale articulaire du genou et les muscles de la région. Les rapports avec les vaisseaux et nerfs sont les suivants : le tronc vasculo-nerveux tibio-péronier passe au-dessus du poplité en suivant une direction, parallèle à celle du kyste, vers le bord inférieur de ce muscle, les vaisseaux et nerfs sont rejetés en dehors par la masse kystique principale. Le nerf et l'artère descendent longitudinalement entre le kyste et la face postérieure du péroné. L'artère tibiale antérieure qui naît à ce niveau est fortement appliquée sur le bord interne du péroné par le kyste avec lequel elle contracte de solides adhérences. Le kyste repose sur le ligament interosseux et le repousse en avant, si bien que lorsque nous enlevons les muscles de la région antéro-latérale de la jambe, le ligament apparaît convexe en avant et présentant de grandes éraillures entre lesquelles proéminent de petits lobules kystiques.

OBSERVATION VI

Kyste poplité développé aux dépens du prolongement sous-poplité de la synoviale du genou, par P. POIRIER Bull. de la Société Anatomique, 1886 page 198).

J'ai trouvé ce kyste en disséquant le mollet d'un sujet mâle d'environ quarante ans. Il se compose d'une masse principale développée au-dessus du soléaire, vers le tiers supérieur de ce muscle et

d'un long pédicule qui remonte le long du bord externe et inférieur du muscle poplité jusqu'au prolongement sous-poplité de la synoviale du genou. La longueur totale du kyste est de 10 centimètres ; sa largeur, de 4 centimètres au niveau de la masse principale diminue progressivement le long du pédicule qui finit par un lobule kystique effilé au contact de la bulle poplitée, au prolongement poplité de la synoviale du genou avec laquelle il ne communique plus. La surface mamelonnée de la tumeur lui donne l'apparence polykystique : ses parois sont peu épaisses, transparentes ; le contenu est formé par une substance colloïde, semblable à de la gelée de groseilles. L'ouverture longitudinale du kyste me permet de voir que tous les lobules communiquaient entre eux ; cependant j'aperçus dans la paroi kystique même de petits grains kystiques de la grosseur d'un grain de millet, qui me parurent ne pas communiquer avec la cavité principale. Le pédicule de ce kyste était à cheval sur le bord externe du muscle poplité ; il envoyait un prolongement de 3 centimètres sous la face profonde de ce muscle, entre le poplité et le ligament interosseux. L'articulation ouverte montre les lésions d'une arthrite chronique avec léger épanchement.

OBSERVATION VII

Kystes synoviaux du genou, par M. le docteur POIRIER, agrégé.
(*Bull. Société Anatomique* 1887, page 98).

J'ai l'honneur de vous présenter un genou sur lequel on peut voir deux variétés de kystes, dont l'une peut être considérée comme assez rare. Au dessus du condyle interne, reposant sur la face postérieure du jumeau, se trouve un premier kyste de la grosseur d'une noix, d'apparence multiloculaire et sortit comme vous pouvez le voir en considérant son pédicule, par un interstice des fibres d'insertion du jumeau. Sur le condyle externe on trouve un kyste présentant les mêmes caractères. Le kyste interne est gros, rénitent, rempli d'une matière analogue à de la gelée de pommes. Le kyste externe beaucoup plus petit est vide et affaissé. Le pédicule de ces deux kystes se prolonge très nettement, à travers les fibres tendineuses des jumeaux, vers la synoviale articulaire. Ils se sont développés aux dépens de ces procès synoviaux sus-condyliens, internes et externes, dont j'ai signalé l'existence.

Sur le même genou on trouve : sur la partie latérale interne de la rotule, au dessous de l'aponévrose superficielle et des ailerons ligamenteux, un kyste lenticulaire aplati, du diamètre d'une pièce de cinq francs, mais de surface inégale, lobulée et remplie d'une matière colloïde analogue à de la gelée de groseilles. Ce kyste est, lui aussi, d'origine articulaire, car on peut voir, après ouverture de l'articulation, la synoviale se déprimer au travers d'un interstice aponévrotique, pour former le pédicule oblitéré du kyste. Ces trois kystes du genou sont donc de provenance articulaire et confirment la règle que j'ai tenté d'établir : que la très grande majorité des kystes péri-articulaires du genou, y compris les kystes poplités, sont d'origine articulaire. Le kyste fut ouvert au cours de la présentation, et l'on put voir la cavité cloisonnée par quelques brides ou cloisons qui donnaient au kyste l'apparence multiloculaire ; tous les lobules communiquaient avec la cavité centrale.

(Cette observation est suivie dans le *Bulletin de la Société anatomique*, du compte-rendu de la discussion qui suivit, et à laquelle prirent part MM. Tuffier, Cornil, Walther, Gérard Marchant.)

OBSERVATION VIII

Kyste muqueux intra-musculaire, par M. BUSCARLET, interne des hôpitaux (*Bulletin de la Société anatomique*, 1889, p. 74).

Un homme âgé de 59 ans, vit se développer, il y a 5 ans, à la partie supérieure de la jambe gauche, une tumeur grosse comme une noix, assez douloureuse ; en même temps sa jambe devenait de plus en plus faible.

Dans ses antécédents, on pouvait noter des accès de fièvres intermittentes il y a 30 ans : et depuis de longues années une bronchite chronique avec dilatation des bronches.

Insensiblement la tumeur a grossi, la gêne de la marche s'est accentuée et a nécessité l'entrée du malade à l'hôpital Tenon dans le service du docteur Reclus.

A l'examen du malade, dans la région antérieure de la jambe, on trouvait une tumeur allongée verticalement, s'étendant du tubercule du jambier antérieur jusqu'à 15 centimètres au-dessous, et latéralement de la crête tibiale au péroné. Elle formait une saillie sous la peau qui ne présentait ni altération à son niveau, ni adhé-

rences avec elle. Elle faisait corps avec le muscle et se mouvait seulement avec lui.

Douloureuse à la pression, cette tumeur était molle, se laissait facilement déprimer, elle était faussement fluctuante. Sa consistance était celle d'un lipome.

Les mouvements de flexion du pied sur la jambe existaient mais gênés, et le malade était rapidement fatigué ; cependant, il n'y avait pas de claudication. L'état général était excellent, il n'existait ni adénites inguinales, ni aucune autre tumeur sur le corps. Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, le malade fut soumis à un traitement spécifique qui n'a donné aucune amélioration.

Le diagnostic était des plus obscurs, on fit une ponction avec la seringue de Pravaz ; elle ne retira que quelques gouttelettes d'une substance gélatineuse jaune clair, trop compacte pour passer par l'aiguille. Au microscope on n'y trouva pas de crochets.

Le 18 décembre 1888, M. Reclus fit une grande incision suivant l'axe de la tumeur : l'aponévrose du jambier ayant été mise à nu, il découvrit le corps charnu de ce muscle : une mince couche de fibres musculaires était à peine incisée qu'on vit sourdre de l'intérieur du muscle, une quantité considérable de substance gélatineuse. On dut désinsérer entièrement le muscle, de haut en bas, et sectionner au niveau du tendon. Les muscles voisins comprimés par la tumeur étaient sains. Un pansement compressif fut appliqué, et le 18^e jour, quand on l'enleva, tout était réuni et le malade se levait.

Description de la tumeur. — C'est un kyste allongé, situé en plein muscle, anfractueux, envoyant des cavités secondaires en doigt de gant dans divers sens, cloisonné incomplètement en plusieurs points. Il est formé d'une paroi fibreuse intimement adhérente aux fibres musculaires sur toute sa périphérie, lisse en dedans. Le contenu est un liquide visqueux, gélatineux, jaunâtre ; l'examen chimique a démontré qu'il était entièrement composé de mucine. L'examen microscopique que MM. les docteurs Brault et Letulle ont eu l'obligeance de vérifier a démontré que la paroi était bien exclusivement composée de tissu fibreux et que le muscle ne présentait que les lésions de sclérose interstitielle qu'on rencontre au voisinage de toutes les tumeurs. Quant au liquide, il ne contient ni crochets, ni rien de particulier, c'est de la mucine. Il s'agissait donc d'un kyste muqueux développé dans l'intérieur d'un muscle dont il avait fini par occuper toute la loge, ne laissant autour de lui qu'une mince couche de fibres musculaires.

OBSERVATION IX

Kyste de la partie supérieure du muscle soléaire, par M. BARADUC
(*Bulletin Société Anatomique*. 1894, page 449).

Il s'agit d'un kyste de la partie supérieure du muscle soléaire gauche, provenant de l'autopsie d'un malade du service de M. Delbet. L'histoire clinique du malade peut être résumée de la façon suivante : entré le 6 avril pour une grippe, il présenta au bout de peu de temps des phénomènes inflammatoires au niveau de la partie supérieure du mollet gauche. A ce niveau il y avait de la douleur, de la chaleur et une tuméfaction profonde paraissant siéger dans la soléaire. La tumeur présentait en outre des battements et un souffle systolique. Le malade étant très affaibli et atteint d'une grosse lésion aortique on ne fit aucune intervention chirurgicale. Le 6 juin il mourut subitement de son insuffisance aortique.

Autopsie. — On trouva un petit anévrysme siégeant sur le tronc tibio-péronier et immédiatement au-dessus de cet anévrysme un kyste intra-musculaire développé dans le soléaire, à lace profonde du muscle. Ce kyste de la grosseur d'une mandarine, était très tendu. A son ouverture il s'écoula un liquide transparent et visqueux dont il était rempli. On peut constater sur la pièce l'aspect tout particulier de ce kyste dont la paroi d'apparence fibreuse est parcourue par des travées nombreuses qui donnent à cette paroi un aspect aréolaire.

OBSERVATION X

Kyste intra-musculaire, par H. MORESTIN. (*Bull. Société anatomique*, 1895, page 107).

J'ai recueilli cette pièce à l'École Pratique. Le sujet était un homme d'une quarantaine d'années. La tumeur kystique siégeait dans le demi-membraneux du côté droit, à la partie inférieure du muscle. Avant toute dissection la région présentait un aspect absolument

normal. On a même reconnu la présence d'une tumeur qu'après avoir enlevé l'aponévrose.

Le demi-membraneux est augmenté de volume et déformé dans les 3 derniers centimètres de sa portion charnue. On observe deux grosses bosselures qui font saillie sur la face superficielle du muscle à la partie supérieure de la région occupée par la tumeur. Celle-ci est absolument intra-musculaire. Les fibres musculaires l'entourent de toutes parts ; au niveau des deux bosselures, cette enveloppe charnue est fort mince ; elle est au contraire très épaisse en avant et, sur les parties latérales. Une dissection très simple permet d'écarter facilement les fibres musculaires et de les séparer de la paroi de la tumeur. Celle-ci ne présente aucune adhérence sérieuse, sauf à la portion intra-musculaire du tendon terminal. Autour d'elle le tissu cellulaire est partout lâche et lamelleux. La paroi est mince, souple, blanchâtre. La tumeur est molle, partout fluctuante. Elle est liquide en effet. C'est une poche kystique, distendue par un liquide filant, sirupeux, de coloration rosée. La poche est simple. Deux ou trois plis font saillie dans sa cavité, mais sans créer de loges secondaires. J'avoue ne pas savoir quelle est la nature de ce kyste et je demande à ce propos l'avis des membres de la Société. J'insiste sur ce fait, qu'il était bien intra-musculaire, complètement entouré par les fibres musculaires. Le muscle lui-même n'adhérait en aucune façon aux organes divisés. Je l'ai disséqué minutieusement et je puis affirmer en particulier qu'il n'y a aucune relation à établir entre la tumeur et les kystes ordinaires du creux poplité. L'articulation du genou paraissait saine, la synoviale intacte. J'ai retrouvé les bourses pérarticulaires à leur place habituelle ; le kyste n'était en connexion ni avec les bourses, ni avec la jointure.

OBSERVATION XI

Kyste synovial de la région antéro-externe du genou, par le docteur E. CESTAN (*Bull. de la Soc. Anat.* 1898, p. 234).

Un homme de 56 ans s'est présenté à notre examen, porteur depuis de longues années à la région antéro-externe du genou gauche d'une tumeur arrondie, grosse comme une mandarine, rénitente, régu-

lière, indépendante de la peau, mais fixée dans la profondeur par un pédicule assez large, d'ailleurs irréductible par la pression. Le genou correspondant était sain, sans liquide ni craquements. Le creux poplité était intact. Une ponction retira difficilement un liquide filant, clair, légèrement rosé. L'extirpation fut refusée. Il s'agit évidemment là d'un kyste synovial d'origine articulaire.

CONCLUSIONS

1° Les kystes synoviaux de la région du genou peuvent être réunis en deux groupes : kystes poplités proprement dits, et kystes extra-poplités.

2° Ces derniers sont, comme les kystes poplités, articulaires ou tendineux ; un certain nombre ne sont que des kystes primitivement poplités, émigrés et isolés ou rattachés à la synoviale par un pédicule oblitéré ou non oblitéré.

3° Au point de vue du siège, on distingue :

Des kystes de la cuisse :

Soit sous-tricipitiaux ;

Soit intra-musculaires ;

Soit postérieurs.

Des kystes de la jambe :

Soit du mollet, émigrés du jarret ;

Soit de la région antéro-latérale, musculaires ou intermusculaires pouvant communiquer avec la synoviale du genou ou de l'articulation péronéo-tibiale.

Des kystes latéraux du genou :

Soit par hernie de la synoviale ;

Soit tendineux (patte d'oie) ;

Soit musculaire (demi-membraneux).

4° On emploiera pour le diagnostic les mêmes méthodes que pour la région poplitée ; il restera plus difficile.

5° Le traitement ne diffère pas de celui des kystes poplités.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de thèse,

TILLAX.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Malgaigne. — Observ. de kystes séreux du jarret (*Revue médico-chirurgicale*, 1853.)

Foucher. — *Revue médico-chirurgicale*, 1854.

— Mémoire. *Archives gén. de médecine*, 1856.

Longy. — Thèse, Paris, 1852.

Burguet. — Thèse, Paris, 1854.

Baudoin. — Thèse, Paris, 1855.

Olivier. — Thèse, Paris, 1855.

Lautier. — Thèse, Paris, 1866.

Legras. — Thèse, Paris, 1873.

Philippi. — Thèse, Paris, 1873.

Paris. — Thèse, Paris, 1878.

Morrant-Baker. — Saint-Barthol. hôpital reports, 1877.

Nicaise. — *Revue de chirurgie*, 1883.

Encyclopédie internationale de chirurgie. Tome III, pages 105 et suiv.

Dictionnaire Jaccoud. — Art. poplité (Schwartz).

Dictionnaire Dechambre. — Art. poplité (Testut et Jaboulay).

Tédenat. — Tuberculose des synoviales tendineuses (*Montpellier méd.*, 1890).

Poirier. — *Archives générales de médecine*, 1886.

— *Bulletins de la Société Anatomique*.

Garnier. — Thèse, Paris, 1890.

Lamotte. — Thèse, Paris, 1897.

